



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 80/2024 z dnia 8 listopada 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2025-2029”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2025-2029”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany program, dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (174/2015). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie.

Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące uzasadnienia wartości docelowej w celu głównym oraz celu szczegółowym oraz uzupełnienia zapisów dotyczących informowania o możliwości udziału w programie.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Kostomłoty. Program jest skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Kostomłoty z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego, zapalnej choroby układu ruchu, urazu lub choroby układu nerwowego. Program ma być realizowany w latach 2025-2029, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 673 902 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r.,

poz. 146), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W opiniowanym dokumencie przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności i rehabilitacji. W ramach opisu problemu zdrowotnego wymieniono i opisano problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności oraz przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka. Wśród wymienionych grup schorzeń wskazano: przewlekłe choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz choroby obwodowego układu nerwowego.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Powołując się na dane WHO wskazano, że *„około 10-15% dorosłej populacji cierpi na różnego rodzaju schorzenia stawów, a w grupie osób powyżej 65 roku życia odsetek ten przekracza 30%”*. Przedstawiono również dane MZ, zgodnie z którymi *„ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 3 miliony Polaków, wskaźnik liczby pacjentów w rehabilitacji ogólnej na 100 tysięcy mieszkańców wyniósł 8141 w Polsce, 6899 w województwie dolnośląskim i 3404 w powiecie średzkim, co daje wartość istotnie niższą od ogólnokrajowej”*. Zaznaczono również, że *„przytoczone powyżej dane wyraźnie wskazują na niską dostępność do świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w całym powiecie średzkim, do którego należy gmina Kostomłoty”*.

Powołując się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie dolnośląskim *„dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń”*. Z kolei wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa wymieniono m.in. *„wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego”*.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników Programu dotkniętych problemem chorób układu ruchu, urazów lub chorób układu nerwowego, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Kostomłoty w latach 2025-2029”*.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Zaproponowana skala VAS to narzędzie używane do subiektywnej oceny natężenia bólu, przez co umożliwia monitorowanie i ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co z kolei pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Jednak nie zawsze zmniejszenie wartości wiąże się z odczuciem pacjenta. Za zasadne uważa się wskazanie, że celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm). Ponadto należy zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy: *„uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu, chorób obwodowego układu nerwowego oraz urazów u co najmniej 50% uczestników Programu”*.

Cel szczegółowy wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Przed przystąpieniem do działań edukacyjnych uczestnik programu wypełniać będzie pre-test, a po zakończeniu udziału w programie będzie zobowiązany do wypełnienia post-testu. Należy jednak wskazać, że nie załączono wzoru ww. testu, w związku z czym niemożliwa była weryfikacja jego treści. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). W ramach mierników efektywności wskazano co oznacza wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi). Warto również wskazać, że w odniesieniu do celu szczegółowego nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano 2 mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS^1) oraz ostatnim dniu (VAS^0) otrzymywania świadczeń w programie ($VAS^0 < VAS^1$)” oraz
- (2) „odsetek osób, u których odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) w post-teście względem pre-testu”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego, a miernik nr 2 do celu szczegółowego.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dorosłych mieszkańców gminy Kostomłoty z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego, zapalnej choroby układu ruchu, urazu lub choroby układu nerwowego.

Powołując się na dane Urzędu Gminy Kostomłoty wskazano, że liczba mieszkańców gminy wynosi ok. 5 700 osób, z czego bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na poziomie ok. 465 pacjentów rocznie. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. W treści projektu wskazano, że w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, do programu zostanie włączonych corocznie ok. 300 osób (ok. 65% populacji docelowej).

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wizyty fizjoterapeutyczne, indywidualny plan rehabilitacji oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

Zaplanowano przeprowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznej w celu kwalifikacji do Programu. Podczas wizyty zostanie zaplanowany indywidualny plan rehabilitacyjny.

Indywidualny plan rehabilitacji

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika. Indywidualny plan rehabilitacji będzie obejmował zabiegi dostosowane

do potrzeb i dobrane według indywidualnych wskazań dla danego pacjenta. Częstotliwość zabiegów będzie wynosić średnio 3 zabiegi dziennie na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne obejmować będą zagadnienia dotyczące: promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie układu kostno-stawowego, zasadniczej roli aktywności fizycznej oraz podkreślenia roli prawidłowej diety. Działania edukacyjne będą prowadzone przez: lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, dietetyka lub edukatora. Zgodnie z zapisami projektu dopuszczalne jest prowadzenie działań edukacyjnych w grupach, a przykładowymi formami działań edukacyjnych mogą być wykład, szkolenie online czy webinar. Ponadto wśród uczestników zostaną przeprowadzone testy (pre-test i post-test) badające poziom wiedzy. Do projektu programu nie załączono wzoru testu wiedzy, nie była zatem możliwa jego weryfikacja.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona przez realizatora w sposób ciągły do momentu zakończenia programu na podstawie: „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę fizjoterapeutyczną”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji”, „liczby wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym” oraz „liczby świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Dodatkowo w ramach wskaźnika dotyczącego liczby osób, którzy zrezygnowali z udziału w programie warto uwzględnić również przyczyny rezygnacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Dodatkowo, zgodnie z treścią projektu, ocena jakości świadczeń zostanie dokonana poprzez analizę: „liczby uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji” oraz „liczby udzielonych odpowiedzi danego rodzaju na podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego”.

Ocena efektywności programu będzie prowadzona poprzez analizę: „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS^1) oraz ostatnim dniu (VAS^0) otrzymywania świadczeń w programie ($VAS^0 < VAS^1$)” oraz „odsetka osób, u których odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) w post-tescie względem pre-testu”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów w ramach programu. Należy jednak wskazać, że w większości dotyczy on działań przygotowawczych (tj. opracowanie projektu PPZ, uzyskanie opinii AOTMiT, przeprowadzenie konkursu ofert czy wybór realizatora) i sprawozdawczych.

W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W treści projektu nie opisano sposobu informowania uczestników o możliwości udziału w programie, jednak w budżecie w ramach kosztów jednostkowych uwzględniono koszty „informacji i promocji”. Mając na uwadze powyższe, kwestia ta wymaga uzupełnienia.

Odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty informacji i promocji oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 673 902 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Kostomłoty.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Światowe Badanie Zdrowia (ang. World Health Survey) wskazało, że około 785 milionów (15,6%) osób w wieku ≥ 15 lat żyje z niepełnosprawnością, a spośród tych osób – 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu.

Rehabilitacja zmierza do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej poprzez działania organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, techniczne, szkoleniowe i społeczne.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).

- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami naceLOWANymi na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021)”.
• Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innymi ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznana.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.
- Wyniki przeglądów systematycznych wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin- Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni) -4,46 [95%CI: (-5,95; -2,98)], średnim (5 miesięcy) -2,71 [95%CI: (-4,63; -0,78)], jak i długim (1 rok) -3,39 [95%CI: (-4,97; -1,81)] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu.

Podsumowanie opinii ekspertów

Opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

Ekspertki wskazują także na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych w ramach PPZ, które powinny dotyczyć zagadnień z zakresu: czynników ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, sposobów radzenia sobie po incydencie kardiologicznym oraz z POChP, roli aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcjach narządów ruchu, profilaktyki w chorobach cywilizacyjnych, właściwej diety jako sposobu zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych, profilaktyki upadków dla pacjentów z problemami neurologicznymi lub z osteoporozą, sposobów radzenia sobie ze stresem i/lub instruktażu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.70.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2025-2029” realizowany przez: gminę Kostomłoty; data ukończenia opracowania: październik 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 177/2024 z dnia 4 listopada 2024 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2025-2029”.